Aus der Königl. Universitäts-Irrenklinik und der Provinzial-Irren-, Heil- und Pflegeanstalt Allenberg.

Ueber eine eigenartige Form der jugendlichen Paralyse.

University Library NOV 15 1905

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Arthur Titius,

Anstaltsarzt an der Provinzial-Irren-, Heil- und Pflegeanstalt Allenberg.

Königsberg i. Pr.

Buch- und Steindruckerei von Otto Kümmel.

1905.

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Königl. Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.
Referent: Herr Prof. Dr. Meyer.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uebereineeigenar0000unse

In letzter Zeit hat man den im jugendlichen Alter auftretenden Fällen von progressiver Paralyse immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Frölich hat im Jahre 1901 in seiner Arbeit bereits 83 solcher Fälle zusammengestellt und es sind seitdem noch eine Anzahl von jugendlichen Paralysen beschrieben worden. Mingazzini macht zuerst den Vorschlag, die Fälle von progressiver Paralyse, die im Kindesalter oder zur Zeit der Mannbarkeit auftreten, „infantil-juvenile Form", jene aber, die zwischen das 20.—30. Lebensjahr fallen, „Frühform" der Dementia paralytica zu nennen. Diesem Vorschlage schliesst sich auch Eisath in seiner Arbeit an. Es entsteht nun die Frage, sind Unterschiede zwischen der infantil-juvenilen und der Frühform der progressiven Paralyse vorhanden, oder sind sie in ihrem Verlauf und Symptomenkomplex völlig gleich, und welche Stellung nehmen sie in ätiologischer Hinsicht zur Lues ein. Zur Beantwortung dieser Frage wird wohl eine grössere Reihe von Beobachtungen solcher Formen der Paralyse nötig sein. Deshalb möchte ich einen derartigen Fall beschreiben, der in der psychiatrischen Klinik zu Königsberg und in der Provinzial-Irrenanstalt Allenberg zur Beobachtung kam, bei dem die Sektion und mikroskopische Untersuchung die klinische Diagnose bestätigte.

M. E., Mädchen, geb. 10. VI. 1879. Vater hat lichtstarre Pupillen. Pat. selbst hat Zeichen hereditärer Lues. Machte verschiedene Kinderkrankheiten durch, unter anderem Scharlach. Als Kind still, eigensinnig, lernte schlecht, fasste schwer auf. Menses erst nach dem 20. Jahr. Angewachsene Ohrläppchen.

Am 5. V. 04 verändert, war nachts umhergezogen, später unruhig, äusserte Grössenideen, machte alles verkehrt. Am 17. V. 04 in die psychiatrische Klinik. Sehr schwachsinnig, euphorisch, zeitlich unorientiert, vergesslich. Infantiler Habitus. Eigentümliche Fleckung der Rückenhaut. Pupillen ungleich, entrundet, lichtstarr, links Opticusatrophie. Facialis und Hypoglossus l.<r. Nasale Sprache, anarthrische Störungen, Hypalgesie. Patellar-Achillessehnenreflexe positiv. Pupillen wechseln in der Grösse. Meist euphorische Stimmung trotz Klagen über Schwindel, Kopfschmerz, Unbesinnlichkeit.

29. V. bis 1. VII. 04 wieder zu Hause, zunehmende Erregung.

1. VII. 04. 2. Aufnahme in der psychiatrischen Klinik. Unruhig, läppisch, erkennt ihre Angehörigen nicht. Lallende Sprache. Später ruhig, liegt still zu Bett ohne Zeichen geistigen Lebens. Gehstörungen,

zunehmende Sehschwäche. Erhöhte Reflexe der Extremitäten.

25. VIII. 04 nach Allenberg. Hier zunehmende Demenz. Bald erregt, bald apathisch. Oft nass, selten unrein. Keine Anfälle. Später Verkleinerungswahn, hat keine Zunge, keine Nase. Deutliche Anarthrie. Differenz der Facialis- und Oculomotoriusinnervation. Beiderseits Opticusatrophie und Perivasculitis. Erhöhte Patellarreflexe, spastischer Gang, herabgesetzte Sensibilität. Unter Entwicklung von Beugekontrakturen in beiden Armen und Beinen, zunehmendem Körperverfall, gefördert durch wiederholt auftretenden Decubitus mit Fieber, allmählich sich einstellende Schluckbeschwerden, Incontinentia alvi et urinae, immer hochgradig werdender Demenz tritt am 24. V. 05 Exitus letalis ein.

Sektion und anatomische Untersuchung siehe unten.

Anamnese.

M. E., geboren den 10. Juni 1879. Vater und Mutter leben. Nervenkrankheiten sollen in der Familie nicht vorgekommen sein. Vater, Barbier, trinkt nicht, negiert Lues. Die Augen des Vaters wurden am 8. VII. 04 untersucht. Rechte Pupille weiter als die linke. Beide Pupillen leicht queroval und lichtstarr. Das linke Ge-

sichtsfeld zeigt eine geringe concentrische Einengung, das rechte ist normal. Sonst keine Zeichen von luetischer Erkrankung, speziell keine Sprachstörung, kein Fehlen der Patellarreflexe.

Fünf Geschwister, davon zwei jung gestorben. Keine Geschwüre nach der Geburt. E. hat im 3. Lebensjahr die Zähne verloren, Scharlach und andere Kinderkrankheiten durchgemacht. Als Kind wenig mit anderen verkehrt, still. In der Schule sehr schwach. War sehr leicht böse, heftig, eigensinnig und nörgelich. Nach der Schule in die Fortbildungsschule gegangen ohne Erfolg. Sollte dann verschiedenes lernen, hat aber nichts begriffen. Zu Hause unter Aufsicht beschäftigt. Auffassungsgabe mässig; wenn sie etwas gelesen, wusste sie nicht, was es gewesen war. Das erste Unwohlsein sehr spät nach vollendetem 20. Jahre und unregelmässig. War körperlich sehr mangelhaft entwickelt. Nicht erotisch. Niemals Schwindel, Krämpfe, Kopfschmerzen. Von Lues nichts bekannt. Keine Aborte.

Am 5. V. 04 von 6 Uhr nachmittags bis 11 Uhr nachts ist sie nicht nach Hause gekommen, ist überall umhergegangen; erzählt, sie habe einen jungen Mann. Seit diesem Tage ganz verändert. Während sie früher dem Vater die ganze Wirtschaft besorgt hatte, war sie jetzt unruhig, wollte aus dem Hause, war ganz verdreht, wollte abends um 10 Uhr nach Briefmarken gehn. Erzählte, sie habe drei Geschäfte gemietet, wollte sich ein Haus kaufen, Lätzchen für das Baby machen.

Krankheitsverlauf in der psychiatrischen Klinik zu Königsberg.

Am 17. V. 04 in die psychiatrische Klinik aufgenommen.

Status psychicus. Pat. macht einen sehr euphorischen und schwachsinnigen Eindruck, ist heiter, antwortet lachend, sicher und schnell. Bewegungstriebe scheinen etwas erleichtert. Erzählt, sie wäre lustig, weil sie seit heute einen Bräutigam, einen Unteroffizier, hätte; habe ihn im Tiergarten kennen gelernt. Zeitlich desorientiert. Giebt an, im Jahre 1979 geboren zu sein, betont auf Befragen 1979, sei allein ins Krankenhaus gekommen, sei sofort auf die Abteilung gebracht worden, besinnt sich nicht, dass sie mit Mutter und Schwester im Untersuchungszimmer lange gewartet hat und auch dort untersucht worden ist. Das Einmaleins geht mässig, addieren mit zweistelligen Zahlen, subtrahieren, dividieren ganz unmöglich. Die Gebote kennt sie nicht, sagt das Vaterunser her. „Kaiser von Deutschland? Wilhelm!“ „Der wievielte? Ich habe ja nicht den Kalender!“ „Hauptstadt von Deutschland? Königsberg!“ „An welchem Fluss liegt Königsberg? Am Pregel!“

Status somaticus. Auffallend infantiler Körperbau, wie bei einem 12jährigen Mädchen. Haut besonders am Rücken eigentümlich marmoriert, gefleckt. Am Bauch kleine Erhabenheiten, wie Talgcysten. Keine Drüsenschwellungen. Gar keine Brustdrüsenentwickelung. Scham- und Achselhaare vorhanden. Kopfumfang 52 cm. Gesicht sehr klein und schmal. Kopf bei Perkussion nicht schmerzhaft. Lidspalten etwas eng, obere Lider

hängen, beim Schliessen derselben starkes Zittern. Pupillen mittelweit, entrundet, besonders rechts, rechte grösser als linke. Beide auf Licht starr. Lidreflex negativ. Augenhintergrund: links weisse Atrophie der Papille. Facialis links schwächer innerviert. Zunge weicht nach links ab. Gaumenreflex positiv. Brustkorb lang, schmal, spitz, Umfang bei seitwärts gestreckten Armen 69 cm. Herz, Lungen, Abdomen o. B. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker. Keine Lähmungen, keine Ataxie. Hypalgesie am ganzen Körper. Kein deutlicher Romberg. Patellar-Achillessehnen-Plantarreflexe positiv. Sprache nasal, artikulatorisch bei schweren Worten gestört. Silbenstolpern. Cerebrospinalflüssigkeit auf Magnesiumsulfat getrübt. Lymphocytose deutlich.

18. V. 04. Pat. schläft schlecht, bleibt euphorisch, ist etwas unruhig, zerreisst Strümpfe, zerbricht ihr Gebiss, erzählt von ihrem Bräutigam.

19. V. 04. Pat. klagt über Schmerzen in der Brust. Leib etwas gebläht. Temperatur 37,9. Einlauf.

24. V. 04. Pupillendifferenz wenig ausgesprochen. Lidreflexe negativ. Cornealreflexe positiv. Sprache undeutlich, etwas anstossend, nasal. Rechts Bauchdeckenreflexe deutlicher als links. An Brust, Bauch und Rücken fleckiges, roseolartiges Exanthem, neben weissen Flecken blassbraunrote. Aktive und passive Beweglichkeit der Beine ist gleich. Kein Spasmen, keine Ataxie. Keine gröberen Sensibilitätsstörungen. Pat. erscheint besonders bei der körperlichen Untersuchung sehr dement, versteht nicht, was sie soll. Ist heiterer Stimmung, klagt dabei, es tue ihr überall weh. Zeitlich desorientiert. Oertlich

orientiert. Sei im Krankenhaus, weil die Periode und Stuhlgang nicht in Ordnung seien. Habe viel Kopfschmerzen und Schwindel. Es sei ihr manchmal so, dass sie garnicht wisse, wo sie sei, sie müsse dann gehalten werden, um nicht umzufallen. Erzählt, sie sei sehr klug, mache Hüte und Schirme, habe viel Geld, habe es noch nicht ausgezählt, es sei über eine Million.

26. V. 04. Pupillen längsoval. l > r, beiderseits lichtstarr. Augendruck normal, keine Muskeldefekte. Ophthalmoskopische Untersuchung: Rechts: Im inneren oberen Quadranten 2 kleine Kapselverdickungen von weisser Farbe. Medien diaphan. Abgelaufene Neuritis in Atrophie übergehend. Papille schmutzig blaugrau noch unscharf begrenzt. Acterien eine grosse Strecke weit in der Peripherie von weisslichen Streifen (Perivasculitis) umkleidet. Links: Mässige Atrophie. Papille mässig abgeblasst, Gefässe gut kalibriert. Gefässumscheidung an diesem Auge nicht so deutlich. Peripher keine Chorioiditis.

27. V. 04. Klagt über heftige Schmerzen in der Milzgegend. Leib leicht aufgebläht, keine Milzvergrösserung. Auf warme Umschläge Besserung. Nachts wenig Schlaf, geht oft aufs Klosett, verlangt unsinniges, Brot, Salz u. s. w.

29. V. 04. Nach Hause entlassen.

Nach der Entlassung hat Pat. anfangs stark gehustet. War verhältnismässig ruhig. Hat am 10. Juni noch den Vater erkannt. Ende Juni sehr unruhig, erkannte meist die Angehörigen nicht, war sehr heiter, lachte, sang viel, spuckte viel, rieb sich Augen und

Mund, warf mit den Betten, schlief wenig, ass wenig, Stuhlverhaltung.

1. VII. 04. II. Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Königsberg. Pat. ist ausserordentlich erregt, widerstrebend, ganz sinnlos. Lässt sich nicht ausziehen, lacht, läppisch und sinnlich erregt. Spricht mit lallender Stimme. Wirft die Beine in die Höhe. Bleibt nicht im Bett, springt auf, lacht, singt laut. Erkennt niemand, nicht einmal die nächsten Angehörigen; hört aber auf ihren Namen, giebt ihn auf Befragen auch an. Muss wegen Unruhe gepackt werden.

3. VII. 04. Die körperliche Untersuchung ist bei der Unruhe der Kranken nicht möglich. Pat. singt vom Schatz, erkennt niemanden. Sucht im Bett, wirft alles durcheinander, wie ein Delirierender. Starke Obstipation. Nahrungsaufnahme sehr schwierig.

25. VII. 04. Jetzt meist ruhig. Liegt still im Bett ohne jedes Zeichen geistigen Lebens. Nur ab und zu irgend ein unbestimmter Laut oder einige gesungene Töne. Auf Fragen meist keine Reaktion. Name u. s. w. wird nicht mehr genannt. Nur die Aufforderung, die Hand zu reichen oder die Hand zu fassen, versucht Pat. zu befolgen. Sie sieht nach etwas. Greift auf Aufforderung richtig nach einem vorgehaltenen Blatt. Kann auch etwas gehen und stehen, aber sehr breit und unsicher, hängt dabei sehr stark nach der Seite. Ob Spasmen vorhanden sind, ist nicht festzustellen, da Pat. lebhaften aktiven Widerstand allen Bewegungsversuchen entgegensetzt. Reflexe erhöht, kein Babinski.

5. VIII. 04. In letzter Zeit mit Urin unsauber.

War auch etwas unruhiger. Pat. weigert sich oft gegen die Nahrungsaufnahme, ist dann sehr erregt, spricht spontan in gereiztem Tone: „nein, ich will nicht essen, was soll das?“ Angehörige u. s. w. erkennt sie meist nicht, sieht aber noch. Augenhintergrund nicht wesentlich verändert.

18. VIII. 04. Facialis deutliche Parese links, spricht nur mit der rechten Seite. Ptosis rechts. Keine deutlichen Spasmen. Gang breit, unsicher, langsam. Reflexe erhöht, kein Klonus, kein Babinski. Plantarreflexe sehr schwach.

25. VIII. 04. Nach Allenberg überführt.

Krankengeschichte in Allenberg.

Stutus psychicus. Liegt stumpf und teilnahmlos, meist ruhig zu Bett. Manchmal unruhig, wirft sich aus dem Bett, packt ihre Decken zusammen, geht damit umher, sagt, sie wolle nicht im Bett bleiben. Sonst spricht sie nicht, antwortet auf Fragen anfangs nicht, dann auf eindringliches Fragen stets mit leiser Stimme „ich weiss nicht!“ Gehorcht Befehlen nicht, sieht den Arzt nicht an. Gleichgiltig, schlaffer Gesichtsausdruck. Aufgenommen bleibt sie stehen, wo man sie hinstellt, geht trotz Aufforderung nicht wieder ins Bett. Ist fortwährend nass, seltener unrein. Nahrungsaufnahme und Schlaf sind gut.

Status somaticus. Infantil, sehr hager. Gebiss sehr defekt. Keine Drüsenschwellungen. Auf der vorderen Kante der Tibia findet man einzelne Rauhigkeiten. Ohrläppchen sind angewachsen. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne leise, rein, regelmässig. Lunge, Abdomen o. B. Augenbewegung frei. Pupillen rechts

grösser als links, reagieren nicht auf Lichteinfall und Akkommodation. Facialis gleichmässig innerviert. Zunge wird nicht gezeigt. Motilität ist nicht zu prüfen. Sensibilität: Auf starke Nadelstiche leichte Reaktion. Patellarreflexe rechts stärker als links, erhöht. Fussohlenreflex schwach. Bauchdeckenreflexe vorhanden. Gang nicht zu prüfen, vermag aber zu gehen. Sprache nicht zu prüfen. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker.

1. IX. 04. Meist ruhig und stumpf zu Bett. Manchmal kommt sie aus dem Bett heraus, findet ihre eigene Lagerstatt nicht wieder. Sehr oft nass, seltener unrein. Isst gut, nachts völlig ruhig.

10. IX. 04. - Antwortet meist mit: „Ich weiss nicht!“ Oertlich desorientiert. Kann ihren Namen nicht angeben; hört aber darauf. Weiss nicht was Königsberg ist, giebt nur an, ihre Mutter wohne in der Königstrasse. „Haben wir jetzt Sommer oder Winter? Winter!“ „Im Sommer sind doch die Bäume grün, nicht wahr? Ja!“ „Sehen Sie sich doch da draussen die grünen Bäume an, ist also jetzt Sommer? Ich weiss nicht!“ Aeussert gelegentlich, dass sie eine feine Dame sei. Zufriedene Stimmung, „es ist hier sehr schön.“ Folgt Aufforderungen nicht. Dauernd nass und unrein. Anfälle sind nicht beobachtet worden.

20. IX. 04. Stimmung dauernd zufrieden, manchmal vergnügt. Lacht bisweilen, weint auch hin und wieder, alles ohne jeden Affekt. Steht nachmittags auf, muss angezogen, gewaschen und gekämmt werden, setzt diesen Eingriffen heftigen Widerstand entgegen. Sitzt stumpf interesselos auf ihrem Platz. Erkennt den Arzt

und das Personal ihrer Station nicht. Nahrungsaufnahme gut, ebenso Schlaf. Dünne Stühle.

28. IX. 04. Liest einzelne Worte richtig, sehr viele falsch. Zusammenhängend kann sie nicht lesen. Kritzelt unleserliche Striche bei der Aufforderung zu schreiben. Kann trotz vieler Beispiele nicht ausrechnen, wieviel 1 + 1 und 1 — 1 ist. Sie habe keine Zunge, keine Nase. Zeigt man auf ihre linke Hand und fragt, was das wäre, so antwortet sie „ich weiss nicht!“ „Ist das die rechte oder die linke Hand? Die rechte!“ Kommt Aufforderungen meist nicht nach. Deutliches Silbenstolpern „ich kann doch nicht sprechen“. Gesichtszüge schlaff. Rechter Mundwinkel hängt tiefer herab. Linke Lidspalte weiter als die rechte. Zunge wird nicht herausgestreckt, „ich habe doch keine Zunge.“ Linke Pupille grösser als die rechte. Pupillen starr. Kein Strabismus, kein Nystagmus. Beiderseits Opticusatrophie und Perivasculitis namentlich rechts. Rechts zwei kleine Kapselverdickungen von weisser Farbe. Die Untersuchung ist sehr schwierig, da Pat. dauernd die Augen zukneift. Bauchdeckenreflexe positiv. Patellarreflexe erhöht, links stärker als rechts. Links Fussklonus Plantarreflexe positiv. Kein Babinski. Achillessehnenreflex positiv. Spastischer Gang. Bomberg nicht zu prüfen. Kein Intentionszittern. Sensibilität am ganzen Körper herabgesetzt.

1. X. 04. Dauernd stumpf und ruhig. „Sind Sie eine feine Dame? Nein!“ „Sind Sie sehr reich?“ Nein!“ Sind sie sehr klug? Ja!“ „Haben Sie viel gelernt? Ja, ich konnte alles besser wie die Anderen, ich will Steinsetzer werden, damit verdient man viel Geld!“

9. X. 04. Es stellt sich starke Unruhe ein. Pat. läuft planlos umher, wirtschaftet mit dem Bettzeug herum, schlägt auf andere Kranke ein, ist sehr laut. In der Kreuzbeingegend hat sich ein etwa handtellergrosser in Gangrän übergehender Decubitus gebildet.

14. X. 04. Temperatursteigerungen bis 38,5 °. Schwerer Decubitus. Hochgradige Unruhe.

10. XII. 04. Meist ruhig zu Bett. Decubitus geheilt. Dauernd nass und unrein. Dauerbäder.

2. I. 05. Unter Temperatursteigerungen bis 39,0 ° hat sich ein Karbunkel in der Gegend des linken Trochanter gebildet.

14. I. 05. Kein Fieber mehr. Meist ruhig. Singt manchmal den Anfang des Liedes: „Marta, Marta du entschwandest.“ Giebt auf Fragen keine Antwort.

27. I. 05. Stumpf, meist ruhig. Die Wunde ist fast völlig zugranuliert. Pat. ist vergangene Nacht aus dem Bett gefallen, und hat sich die wunde Stelle gestossen. Um den Decubitus herum starke Schwellung. Auf Druck Entleerung grosser Mengen von Blutkoagulis. Kein Fieber, starke Abmagerung.

15. II. 05. Meist ruhig, singt hin und wieder, lacht. Hört auf ihren Namen. „Wie heissen Sie? Weiss nicht!“ „Marta? Ja!“ „Wie geht es Ihnen? Sehr gut (lacht)!“ „Was ist das (Hand wird angefasst)? Händchen!“ „Was ist das (Nase)? Näschen!“ „Was ist das (Ohr)? Oehrchen!“ Bei Berührung von anderen Körperteilen (Fuss, Knie, Arm u. s. w.) antwortet sie stets „ich weiss nicht“. Aufforderungen wie: „Geben Sie mir die Hand, machen Sie

die Augen zu“ befolgt sie nicht. Oft nass und unrein. Nahrungsaufnahme gut. Dauernd zu Bett.

6. III. 05. Singt und kreischt sehr viel, spricht auch viel ganz unverständliche Worte. Kann nicht mehr gehen. Knickt, wenn sie nicht gehalten wird, sofort zusammen. Liegt zu Bett mit angezogenen Knieen. Die Beine lassen sich passiv strecken, werden auch im Dauerbad aktiv gestreckt. Reflexe sind erhöht. Nervenstatus ohne Aenderung.

17. IV. 05. Manchmal, namentlich nachts, ziemlich laut. Hört auf ihren Vornamen. „Was ist das (Schlüssel)? Blankes!“ „Was ist das (Portemonnaie)? Tuch!“ „Wieviel Finger (5)? 2 Finger!“ „Wieviel Finger jetzt (1)? 5 Finger!“ Decubitus heilt langsam.

28. IV. 05. Ausserordentlich starke Abmagerung, sehr verfallen. Herztätigkeit ist schlecht, Tct. Strophant, Wein. Oberkiefer ganz flach wie bei einer alten Frau. Wird gefüttert, schluckt schlecht, flüssige Speisen fliessen zum Teil an den Mundwinkeln wieder ab. Es bilden sich starke Kontrakturen an Hand-, Ellenbogen-, namentlich an den Kniegelenken. Oft, namentlich nachts, unruhig. Dauernd nass und unrein.

10. V. 05. Liegt meist ganz stumpf da. Beantwortet nur noch die eine Frage „wie geht es Ihnen?“ mit „sehr gut!“ Versucht dabei zu lächeln.

24. V. 05. Unter Zeichen zunehmenden körperlichen Verfalls Exitus letalis.

Sektionsprotokoll.

Sektion 4 Stunden post mortem. Stark abgemagerte weibliche Leiche, völliger Schwund des Fettgewebes.

Haut von fahlgrauer Farbe. Gewicht 27 Kilo. Schädeldach leicht abziehbar. Schädeldach leicht, dünn, an vielen Stellen durchscheinend. Diploe vorhanden. Sinus longitudinalis mit flüssigem dunkelrotem Blut gefüllt. Aus dem Duralsack entleert sich beim Einschneiden viel klare Flüssigkeit. Innenfläche der Dura glatt, glänzend. Bei Herausnahme des Gehirns entleert sich aus der hinteren Schädelgrube eine grössere Menge klarer Flüssigkeit. Hirngewicht 1245 gr. Gefässe der Pia stark gefüllt. Pia besonders über Zentralwindungen, Schläfenlappen und Occipitallappen getrübt und verdickt. Subarachnoidalräume ausserordentlich stark mit klarer Flüssigkeit gefüllt. Pia leicht abziehbar. Ueber der Basis ist die Pia zart. Die Windungen zeigen in ihrer Anordnung normale Verhältnisse, erscheinen im Zentral- und Schläfenteil etwas verschmälert. Die Basalgefässe haben etwas derbe Wandungen. Die Hirnnerven erscheinen makroskopisch normal. Hirnsubstanz ziemlich derb, blutleer. Die Rinde ist etwas verschmälert. Die Seitenventrikel sind erweitert und mit klarer Flüssigkeit gefüllt. In den Seitenventrikeln, besonders aber am Boden des 4. Ventrikels zeigen sich ausgeprägte Granulationen des Ependyms. Dura spinalis ist etwas verdickt. Pia namentlich im Bereich des Hals- und Brustmarks getrübt. Keine makroskopisch wahrnehmbare Veränderung des Rückenmarks.

Herz klein, Coronargefässe leicht geschlängelt. Mitralklappen an den Rändern etwas verdickt. Muskulatur atrophisch.

Linke Lunge leicht verwachsen. Pleura mit fibrinösen Auflagerungen bedeckt. Durchschnitt auf Druck

blutig schaumige Flüssigkeit entleerend. Bronchialschleimhaut gerötet, mit Schleim kedeckt. Rechte Lunge keine Verwachsungen. Mittellappen lufthaltig. Ober- und Unterlappen etwas derb. Die derben Partien sind auf dem Durchschnitt dunkelrot mit gelber Marmorierung. Schnittfläche uneben, indem hirsekorn- bis linsengrosse Erhabenheiten vorspringen. Aus den Bronchien entleert sich gelblicher Eiter. Nieren und Leber normal. Der ganze Dickdarm und das Ende des Dünndarms ist sehr stark injiziert. Keine Geschwüre. Am Introitus vaginae zeigt sich vom Hymen ein schmaler Saum, der keine Spur von Narben aufweisst.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt folgenden Befund:

Gehirn: In der stark verdickten Pia sieht man neben derberem, älterem Bindegewebe Infiltration von Lymphocyten und Plasmazellen, vor allem um die reichlich vorhandenen Gefässe. Zahlreiche Gefässe ziehen von der Pia in die Hirnrinde, in der man einen starken Ausfall der Tangentialfasern sieht. Der schichtenmässige Bau der Rinde ist nicht deutlich erkennbar. Die Ganglienzellen sind teils von normaler, teils pathologischer Struktur. Bei letzteren ist der Zellleib geschwollen, die Nissl'schen Granula zum Teil oder ganz aufgelöst, seltener zeigen die Zellen ein schattenhaftes Aussehen. Die Blutgefässe der Hirnrinde sind stark vermehrt, ihre Wandungen infiltriert von Lymphocyten, überaus zahlreichen Phasmazellen, die an den kleinen Gefässen dominieren, und einzelnen Stäbchenzellen (Nissl, Alzheimer). Neben diesen adventitiell infiltrierten Gefässen fallen an einzelnen Stellen,

besonders in den Teilen, die zunächst der Hirnoberfläche liegen, Gefässe auf, deren Wand auch kernreicher erscheint, jedoch zeigt sich, dass es sich nicht um eine Infiltration der Adventitia, sondern um eine Vermehrung der Gefässwandungen, speziell anscheinend der Adventitia handelt. Es sind längliche resp. ovale Kerne. Die Bilder erinnern an die luetische Erkrankung der kleinen Hirngefässe, auf die Nissl und Alzheimer hingewiesen haben. Die Glia ist stark unregelmässig gewuchert, es finden sich Spinnenzellen, namentlich in der Nähe der Gefässe.

Die Untersuchung der basalen Gefässe (Basilaris, Vertebralis) ergiebt folgenden Befund: Es besteht eine Wucherung der Intima und zwar meist halbmondförmig, nicht in der ganzen Ausdehnung des Gefässlumens. Die Elastica ist stellenweise verdickt und verdoppelt. An vielen Schnitten sieht man die Elastica eine kurze Strecke unterbrochen. Diese Stellen werden meist durch dünne Bindegewebsfasern überbrückt, an anderen solchen Stellen findet man, dass sich am Gefässlumen in der Intima eine neue Elastica zu bilden begonnen hat. (von Rad.) An mehreren Stellen ist die gewucherte Intima nebst Elastika durch ausgedehnte Blutungen von der darunterliegenden Media abgehoben, so dass sie buckelförmig in das Gefässlumen vorspringt.

Am Rückenmark sieht man ausgeprägte Degeneration der Seitenstränge und etwas weniger starke Degeneration der Goll'schen Stränge.

Epikrise.

Nach der Krankengeschichte, dem Sektionsbefund und der mikroskopischen Untersuchung handelt es sich

also mit Bestimmtheit um Paralyse, die bei einem 24jährigen Mädchen aufgetreten ist.

Wie verhält sich nun dieser Fall zu den beschriebenen infantil-jevenilen Paralysen? Eisath giebt an, dass hereditäre Lues in 64 % der Fälle die Ursache der jugendlichen Paralysen ist. Auch in unserem Falle liegt wahrscheinlich dieses ätiologische Moment vor. Der Augenbefund (lichtstarre, entrundete Pupillen) bei dem Vater der Pat. weist mit einer gewissen Bestimmtheit auf eine organische Erkrankung und zwar speziell syphilitischen Ursprungs hin, ebenso der Tod zweier Geschwister im Kindesalter, der frühe Verlust der Zähne bei der Kranken, der infantile Habitus und die Rauhigkeiten an der Tibia. Gegen acquirierte Lues dagegen spricht die Tatsache, dass eine Defloration bei der Kranken anscheinend nicht stattgefunden hat, und das Fehlen von Aborten. Dass tatsächlich Syphilis, es sei dahingestellt ob hereditäre oder acquirierte, bei der Kranken vorliegt, dafür spricht vor allem der anatomische Befund, von dem ich speziell die Endarteriitis der Basilargefässe im Sinne Heubner's noch einmal hervorhebe.

In der Anamnese der Pat. wird hervorgehoben, dass sie als Kind nicht mit anderen verkehrte, ein stilles Wesen hatte, die Schule ohne Erfolg besuchte, eine schlechte Auffassungsgabe besass, ausserdem wird im Status somaticus der schon genannte infantile Habitus der Kranken erwähnt; diese Tatsachen entsprechen den bis jetzt an infantil-juvenilen Paralysen gemachten Beobachtungen, dass die Krankheit vielfach Menschen befällt, die in ihrer geistigen und körperlichen Entwicklung zurückgeblieben sind.

Das Vorhandensein von Opticusatrophie, das Fehlen von Störungen der Bewegungen der Augäpfel entspricht ebenfalls den Beobachtungen, die man an juvenilen Paralytikern gemacht hat.

Die Pupillen waren lichtstarr, während man bei den kindlich jugendlichen Paralysen meist träge Reaktion, selten Reaktionslosigkeit gefunden hat.

In der Mehrzahl der Fälle von juveniler Descentia paralytica waren die Kinnphänomenne lebhaft, seltener abgeschwächt. In unserem Falle waren sie anfangs normal, später abgeschwächt und erst zum Schluss erhöht.

Frölich bemerkt, dass die Grössenideen bei den von ihm zusammengestellten Fällen meist mässig und bescheiden waren. Auch unsere Kranke äusserte nur sehr selten, dass sie drei Geschäfte gemietet habe, eine feine Dame sei, Hüte und Schirme machen könne, eine Million besitze, alles besser könnte wie andere, dass sie Steinsetzer werden wollte, weil man damit viel Geld verdienen könne.

Erwähnenswert ist das völlige Fehlen von paralytischen Anfällen, die bei kindlich-jugendlichen Paralytikern in der grössten Mehrzahl der Fälle auftreten.

Was den klinischen Verlauf anbetrifft, so stimmt unser Fall mit dem von den beschriebenen juvenilen Paralysen ziemlich überein, denn es zeigte sich unterbrochen von Aufregungsdelirien fortschreitende Geistesschwäche ohne weitere psychopathische Komplikationen.

Einen wesentlichen Unterschied zwischen unserm Fall und den beschriebenen kindlich-jugendlichen Paralysen bildet die Krankheitsdauer. Während nach Alz-

heimer die Dauer dieser Erkrankung im Mittel $4^1/_2$ Jahre betragen soll, liegt nur ein Jahr zwischen Erkrankung und Tod unseres Falles.

Wenn somit auch gewisse Unterschiede zwischen unserem Fall und den eigentlichen infantil-juvenilen Paralysen bestehen, so sind dieselben doch nicht sehr bedeutungsvoll; vor allem, weil in ätiologischer Beziehung beiden die gleiche Grundlage, die hereditäre Lues gegenüber der acquierierten Syphilis bei sonstigen Paralysen zuzukommen scheint. Ich erinnere dabei noch einmal an den pathologisch-anatomischen Befund, die Heubner'sche Endarteritis u. s. w., die ja gerade bei den infantil-juvenilen Paralysen fast regelmässig gefunden werden, während dies bei Paralysen auf Grundlage acquirierter Syphilis weit seltener nachgewiesen wurde. Nach alledem liegt es nahe, unsern Fall als eine Art Spätform der infantil-juvenilen Paralysen von den eigentlichen „Frühformen", soweit sie auf erworbener Syphilis beruhen, abzugrenzen.

Herrn Professor E. Meyer bin ich für die Ueberlassung der Königsberger Krankengeschichte sowie die mir freundlichst gewährte Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit zu Dank verpflichtet, ebenso meinem hochverehrten Chef, Herrn Direktor Dubbers, für die liebenswürdige Ueberlassung der Beobachtung in Allenberg sowie des anatomischen Materials.

Literaturverzeichnis.

1. Alzheimer, Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1896. Bd. 52.
2. Ders., Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Jena 1904.
3. Eisath, Frühform der Dementia paralytica. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1904.
4. Fröhlich, Ueber allgemeine progressive Paralyse der Irren vor Abschluss der körperlichen Entwickelung. Inaugural-Dissertation. Leipzig 1901.
5. Mingazzini, Ueber die infantil-juvenile Frühform der Dementia paralytica. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1898.
6. von Rad, Ueber einen Fall von juveniler Paralyse auf hereditär-luetischer Basis mit spezifischen Gefässveränderungen. Archiv für Psychiatrie 1898.
7. Vogt, Ueber jugendliche Paralyse. Deutsche mediz. Wochenschrift 1905 No. 20.

Lebenslauf.

Ich Arthur Titius, evangelischer Konfession, wurde am 3. November 1876 als Sohn des Königl. Gerichtskassen-Rendanten und späteren Rechnungsrats Oskar Titius und seiner Gemahlin Wilhelmine geb. Templin zu Neumark i. Westpr. geboren. Nach Besuch der Gymnasien zu Neumark und Strasburg i. Westpr. erhielt ich Ostern 1896 das Zeugnis der Reife. Ich studierte in Königsberg Medizin, diente im Sommerhalbjahr 1898 in Königsberg beim Infanterie-Regiment No. 146 als Einjährig-Freiwilliger und bestand am 24. Februar 1900 die medizinische Vorprüfung, am 24. November 1902 das Staatsexamen. Vom 1. Februar bis 1. August 1903 fungierte ich als einjährig-freiwilliger Arzt beim Feldartillerie-Regiment No. 16 in Königsberg und übte im Anschluss daran 6 Wochen in Allenstein. Am 14. November 1903 wurde ich zum Assistenzarzt der Reserve befördert. Seit dem 15. September 1903 war ich als Assistenzarzt in die Provinzial-Irren-, Heil- und Pflegeanstalt Allenberg eingetreten und rückte am 1. April 1905 in die Stellung eines Anstaltsarztes auf, welche ich noch heute bekleide.